

W oparciu o wynik badań prowadzonych przez Istituto Nazionale Tumori w Mediolanie, wdrożono od 1997 roku W WCO w Poznaniu w Oddziale Chemioterapii schemat leczenia cytostatykami (jak niżej) III i IV rzutu ziarnicy złośliwej.

Schemat leczenia:

Infosamid 3g / m² / dobę przez 4 dni/ wlew 8 godz.

Uromiotexan/ osłonowo / przez 4 dni w dawce należnej.

Vinorelbina 25 mg/ m² 1 i 5 dzień.

Czynnik wzrostu (profilaktycznie) w dawce standardowej od 7 do 14 dnia.

Kursy powtarzane co 21 dni.

Na podstawie własnych doświadczeń obejmujących małą grupę chorych nie można wyciągać wniosków ogólnych. Jednakże uzyskane wyniki, przy zadawalającej toksyczności leczenia, uzasadniają stosowanie powyższego schematu u pacjentów, u których brak standardowego postępowania.

21P

"Drugi nowotwór sutka u chorych leczonych w przeszłości raka sutka."

J. Skowronek, D. Jaroszyk, E. Nowakowska, A. O'Shea, G. Bąk, M. Kubaszewska

I Oddział Radioterapii Ogólnej, WCO, Poznań

Cel pracy:

Celem pracy jest przedstawienie przebiegu klinicznego oraz wyników leczenia chorych, u których rozpoznano drugiego (pierwotnego) raka sutka. Omówiono wyniki 5-letnich przeżyć w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego, zasady postępowania klinicznego oraz zasady różnicowania pomiędzy pierwotnym (drugim) rakiem sutka a przerzutem do sutka.

Materiał i metody:

W okresie od 1983 do 1987 leczono 36 chorych na drugiego (pierwotnego) raka sutka w WCO. Wszystkie chore poddane zostały mastektomii a następnie uzupełniającej radioterapii i/ lub chemioterapii.

Wyniki:

5 lat ogółem po zakończeniu leczenia a powodu drugiego (pierwotnego) raka sutka przeżyło 15 (41,7%) chorych, z tego bezobjawowo 11 (30,6%).

Wnioski:

1. Radykalne leczenie chorej na drugiego (pierwotnego) raka sutka pozwoliło na długoletnia przeżycie 41,7% chorych.
2. Długość okresu pomiędzy wystąpieniem raka pierwszego i drugiego sutka prawdopodobnie nie wpływa na wyniki leczenia.
3. Częste i regularne kontrole onkologiczne umożliwiają wczesne wykrycie drugiego nowotworu i zwiększają szansę na wyleczenie

22P

"Analiza wyników leczenia chorych ze wznową miejscową raka sutka."

J. Skowronek, K. Adamska, D. Jaroszyk, E. Nowakowska, A. O'Shea, I. Maćkowiak, G. Bąk, M. Kubaszewska

I Oddział Radioterapii Ogólnej, WCO, Poznań

Cel pracy:

Wznowa miejscowa jest częstą przyczyną niepowodzenia w przebiegu raka sutka a jej wyniki leczenia są nadal niezadowalające. Celem pracy jest ocena retrospektywna wyników leczenia chorych ze wznową miejscową raka sutka po mastektomii.

Materiał i metody:

Poddano analizie wyniki leczenia 50 chorych ze wznową miejscową leczonych z powodu raka sutka w WCO w okresie od 1983 do 1987 roku. Omówiono cechy kliniczne, histopatologiczne i wyniki leczenia chorych w zależności od zastosowanej metody leczenia.

Wyniki:

5 lat od wykrycia wznowy miejscowej przeżyło 15 chorych (30%). Najwyższy odsetek przeżyć osiągnięto w grupie chorych z usuniętą chirurgicznie wznową a następnie poddanych radioterapii.

Wnioski:

1. Pomimo rozpoznania wznowy miejscowej udaje się wyleczyć trwale część chorych.
2. Skuteczną metodą leczenia wznowy miejscowej jest leczenie chirurgiczne skojarzone z uzupełniającym leczeniem napromienianiem i/ lub cytostatykami.

23P

"Opracowanie metody obliczeń i pomiarów dawki dla filtrów klinowych stosowanych w radioterapii."

M. Popielarz

Zakład Fizyki Medycznej, WCO w Poznaniu

Cel:

Celem pracy było eksperymentalne wyznaczenie algorytmu, na podstawie którego możliwe by było obliczanie czasów napromieniania przy zastosowaniu automatycznego filtra klinowego zainstalowanego w głowicy akceleratora liniowego SATURN 43F.

Metoda:

W pierwszej części eksperymentu wykonano pomiary dawki pochłoniętej w fantomie stałym dla trzech energii fotonowych: 6, 15, 25 MV, na głębokości 10 cm, dla pola 10x10 cm. Pomiary były wykonywane w trzech punktach pola - w środku, w osi wiązki promieniowania oraz w dwóch symetrycznych punktach, oddalonych od środka pola 2,5 cm. Ponieważ ostateczny wynik napromieniania metodą automatycznych filtrów klinowych jest sumą dawek dla pola otwartego i pola z klinem 60°, w eksperymencie zmierzono dawki w wybranych punktach pola przy polu otwartym i polu z klinem. Całkowity czas ekspozycji był stały i wynosił 200 jm. Następnie otrzymane wartości dawek były sumowane, kolejno dla każdego punktu pomiarowego.

Wyniki:

Na podstawie przeprowadzonych pomiarów wyznaczono zależność napromieniania od kątów filtrów klinowych. Takie ujęcie danych pozwoliło na wyznaczenie algorytmów opisujących działanie automatycznego filtra klinowego zainstalowanego w akceleratorze liniowym SATUN 43F. Tym, samym możliwe było stworzenie tabeli czasów napromieniania dla kilku wybranych filtrów, najczęściej używanych w radioterapii- $n5, 10, 15, 20, 30, 40$ i 45°).

Wnioski:

Znajomość procentowego udziału pola otwartego i pola z filtrem klinowym w całkowitym czasie napromieniania pozwoli na wprowadzenie leczenia na aparacie SATURN 45F pacjentów, których proces leczenia wymaga zastosowania wiązek osłoniętych filtrem klinowym.

24P

"Opracowanie i weryfikacja modelu obliczeń dawek w materiale tkankopodobnym napromienianym promieniowaniem elektro-magnetycznym o energiach 6Mv, 15 Mv, 25 Mv."

T. Piotrowski, G. Zwierzchowski

Zakład Fizyki Medycznej, WCO w Poznaniu

Cel:

Wprowadzenie akceleratora liniowego Saturn 43 F do procedury całkowitego napromieniania ciała (TBI), w celu napromieniania pacjentów o wzroście ponad 150 cm, ograniczenia czasu zabiegu i wykonywania całego zabiegu na jednym aparacie (pola fotonowe i elektronowe). W szczególności zbadano dopromienienie warstw powierzchniowych ciała promieniowaniem rozproszonym w płycie pleksi i promieniowaniem rozproszonym od ściany bunkra terapeutycznego.

Metoda:

Pomiary i weryfikację wykonano z zastosowaniem fotomów stałych i wodnych. Aby określić dopromienienie od płyty z pleksi wykonano serię pomiarów z płytą ustawianą w różnych odległościach od powierzchni fantomu i bez płyty. Różnice dawek rejestrowanych na jego powierzchni pozwoliły na określenie procentowego dopromieniania promieniowaniem niskoenergetycznym generowanym przez płytę. Dopromienienie od ściany bunkra wyznaczono przeprowadzając cykl pomiarów z zastosowaniem ścianki ołowianej pomiędzy detektorem a źródłem promieniowania, i pomiarów bez tej ścianki co pozwoliło określić procentowe dopromienienie pochodzące od ściany bunkra. Pomiary zweryfikowano fantomem wodnym wyznaczając dokładne funkcje PDG w kilku następujących punktach w poprzek osi wiązki.

Wyniki:

Uzyskano kilkunastoprocentowe dopromienienie powierzchni fantomu od płyty z pleksi i kilkuprocentowe dopromienienie pochodzące od ściany bunkra. Weryfikacja przeprowadzona fantomem wodnym, potwierdziła istnienie przyczynków dopromieniających, które wyniosły 20% od płyty i 5-7% od ściany.

Wnioski:

Przeprowadzone pomiary potwierdzają konieczność stosowania płyty z pleksi generującej promieniowanie niskogenetyczne w celu dopromieniania warstw powierzchniowych ciała pacjenta. Dopromienienie promieniowaniem rozproszonym od ściany bunkra jest stosunkowo niskie jednak nie należy go ignorować chcąc precyzyjnie określać rozkłady dawek w ciele pacjenta.

26P

"Ocena wartości całkowitego wycięcia żołądka z limfagietkomią D2 w leczeniu raka żołądka."

P. Murawa, P. Bręborowicz, W. Nowakowski

I Oddział Chirurgii Onkologicznej i Zakład Patologii WCO w Poznaniu

Rak żołądka należy do grupy najczęściej występujących nowotworów złośliwych, a Polska od wielu lat zaliczana jest do krajów wysokiego ryzyka zachorowań na te nowotwory. Postępowaniem z wyboru w raku żołądka jest leczenie chirurgiczne. Zakres i sposoby operacji nadal pozostają przedmiotem dyskusji chirurgów na całym świecie.

Celem pracy była :

1. Ocena wartości całkowitego wycięcia żołądka z limfagietkomią D2 w różnych stopniach zaawansowania raka.
2. Analiza wpływu stopnia zajęcia regionalnych węzłów chłonnych na wyniki leczenia chorych na raka żołądka.
3. Ocena jakości życia pacjentów po całkowitej resekcji po upływie co najmniej 3 lat od operacji.

Materiał prezentowany w tej pracy to 340 chorych na raka żołądka operowanych w latach 1986-1997. U 209 (62%) spośród nich wykonano resekcję z limfagietkomią do II przedziału włącznie - w 201 przypadkach była to resekcja całkowita, a w 8 subtotalna. Przeważali pacjenci z zaawansowanymi nowotworami - w sumie 156 (na 209 poddanych resekcji) w II lub IV stopniu wg UICC.

Rekonstrukcji przewodu pokarmowego po resekcji całkowitej dokonywano sposobem Roux-y lub z wytworzeniem zbiornika jelitowego w różnych modyfikacjach. Chorych, u których wykonano resekcję podzielono na cztery grupy w zależności od ilości zajętych przerzutami węzłów chłonnych oraz na dwie grupy w zależności od wartości wskaźnika węzłowego w następujący sposób: grupa I: 0 zajętych węzłów - 24 chorych; grupa II 1-6 zajętych węzłów - 72 chorych; grupa III: 7-14 zajętych węzłów - 82 chorych; grupa IV ponad 14 zajętych węzłów - 31 chorych; grupa A: wskaźnik węzłowy $\leq 0,2$ - 67 chorych; grupa; grupa B: wskaźnik węzłowy $> 0,2$ - 142 chorych.

Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 2% (zmarło 4 chorych). Z innych powikłań nieszczelność zespolenia przełykowo-jelitowego wystąpiła u 6 pacjentów (3%).

Stosując metodę Kaplana-Meiera obliczono skumulowane prawdopodobieństwo 5- letnich przeżyć dla wszystkich 340 operowanych chorych (17,9%0, dla 209 chorych poddanych resekcji (28,9%), oraz